

E:

**Application for granting benefits according to the Act on Benefits for Asylum Seekers (AsylbLG)**

**Заявление о предоставлении пособий в соответствии с Законом о пособиях для лиц, ищущих убежища (AsylbLG)**

**1. I hereby apply for the following benefits according to the AsylbLG for me and the members of my family:**

**1. я подаю заявление на получение следующих пособий в соответствии с AsylbLG для меня и членов моей семьи:**

Basic benefits according to §3 AsylbLG  
Основные пособия в соответствии с §3 AsylbLG

Benefits according to §4 AsylbLG in the case of  
Пособия в соответствии с §4 AsylbLG в случае

Illness  
Болезнь

Pregnancy (at present ..... week of pregnancy)  
Беременность (в настоящее время ..... неделя беременности)

Name Фамилия			
Vorname Имя			
Geb. Datum День рождения			
Geschlecht Пол			
Staatsangehörigkeit Национальность			

Marital status:       single                       married                       divorced  
Семейное положение:    не женат / не замужем                      замужем                      разведённый

widowed  
овдовевший

**2. We have the following relatives in the Federal Republic of Germany who are obliged to provide maintenance**

**2. У нас есть следующие родственники в Федеративной Республике Германии, которые обязаны нам обеспечивать содержание**

Name, first name  
Фамилия, Имя

Place of residence  
Место жительства

Degree of relationship  
Степень родства

---

---

**2.1. Have you already applied for asylum, humane protection or a residence permit in another country?**

2.1. Вы уже ходатайствовали о предоставлении убежища, гуманитарной защиты или вида на жительство в другой стране?

Yes  
Да

no  
Нет

If yes, in which country? \_\_\_\_\_  
Если да, то в какой стране?

**3. Is there any disability?**

3. Есть ли инвалидность?

Applicant  yes  
Заявитель Да

Child  yes, \_\_\_\_\_  
Ребёнок Да (Имя) (Name)

Spouse  yes  
Супруг Да

**4. Do you have a health insurance in a foreign country?**

4. Есть ли медицинская страховка за границей?

no  
Нет

yes, name and address of the health insurance company  
Да, название и адрес медицинской страховой компании

**5. Do you possess cash or financial assets?**

5. Обладаете ли вы денежными средствами или финансовыми активами?

Applicant  yes  
Заявитель Да

no  
Нет

Type  
Тип

Spouse  yes  
Супруг Да

no  
Нет

Type  
Тип

**6. Do you have a bank account?**

6. У вас есть банковский счет?

Yes  BIC: \_\_\_\_\_ Account no.: \_\_\_\_\_  
Да Номер счета

Name of the bank: \_\_\_\_\_  
Наименование банка

No   
Нет

By signing this application I confirm that above information is true and that I have not concealed anything. I am aware that I could be prosecuted if I deliberately made false or incomplete statements. In this case I have to return the benefits which I wrongly received. I am aware that the benefits I applied for could be refused (at least temporarily) in the case that I refuse to make statements and therefore the social administration is not able to determine whether the preconditions for granting benefits according to AsylbLG (§66 par. 1 sentence 1 SGB I (Social Insurance Code)) are fulfilled or not.

I expressly confirm that I have been informed about my duty to inform the social welfare institution about any change in my family, income and financial situations as well as about a temporary absence from my place of residence without any delay and without being requested.

I will report any employment, even casual work etc., within 3 days after the first day of work at the latest (§8a AsylbLG).

Подписывая это заявление, я подтверждаю, что вышеуказанная информация является правдивой и что я ничего не скрывал. Я знаю, что меня могут привлечь к ответственности, если я намеренно сделаю ложные или неполные заявления. В этом случае я должен вернуть льготы, которые я неправильно получил. Я знаю, что в пособиях, на которые я обратился, может быть отказано (по крайней мере, временно) в случае, если я отказываюсь делать заявления, и поэтому социальная администрация не в состоянии определить, выполнены ли предварительные условия для предоставления пособий в соответствии с AsylbLG (§ 66 пар. 1 предложение 1 SGB I (Кодекс социального страхования)) или нет.

Я прямо подтверждаю, что я был проинформирован о моей обязанности информировать учреждение социального обеспечения о любых изменениях в моей семье, доходах и финансовом положении, а также о временном отсутствии по месту жительства без каких-либо задержек и без каких-либо просьб.

Я сообщу о любой работе, даже о случайной работе и т. Д., В течение 3 дней после первого дня работы (§ 8a AsylbLG).

---

Place, date  
Место, дата

---

Signature  
Подпись

**Antrag auf Gewährung von Leistungen**  
**nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**  
**Заявление о предоставлении пособий в соответствии с Законом о**  
**пособиях для лиц, ищущих убежища (AsylbLG)**

**1. Hiermit beantrage ich für mich und meine nachfolgenden Familienangehörigen Leistungen nach dem AsylbLG wie folgt:**

**1. я подаю заявление на получение следующих пособий в соответствии с AsylbLG для меня и членов моей семьи:**

Grundleistungen nach § 3 AsylbLG  
Основные пособия в соответствии с §3 AsylbLG

Leistungen nach § 4 AsylbLG bei  
Пособия в соответствии с §4 AsylbLG в случае

Krankheit  
болезнь

Schwangerschaft (derzeit ..... Schwangerschaftswoche)  
Беременность (на данный момент ..... неделя беременности)

Name Фамилия			
Vorname Имя			
Geb. Datum Дата рождения			
Geschlecht Пол			
Staatsangehörigkeit Национальность			

Familienstand:       ledig                       verheiratet                       geschieden  
Семейное положение:    не женат / не замужем                      замужем                      разведённый

verwitwet  
овдовевший

**2. Wir haben folgende unterhaltspflichtige Angehörige in der Bundesrepublik Deutschland**

**2. . У нас есть следующие родственники в Федеративной Республике Германии, которые обязаны нам обеспечивать содержание**

Name, Vorname  
Фамилия, имя

Wohnort  
место жительства

Verwandtschaftsgrad  
степень родства

---

**2.1. Haben Sie in einem anderen Land bereits einen Asylantrag gestellt bzw. humanitären Schutz oder eine Aufenthaltserlaubnis?**

2.1. Вы уже ходатайствовали о предоставлении убежища, гуманитарной защиты или вида на жительство в другой стране?

ja  
Да

nein  
Нет

**Wenn Ja in welchem Land?** \_\_\_\_\_

Если да, то в какой стране?

**3. Besteht eine Behinderung ?**

3. Есть ли инвалидность?

Antragsteller  ja  
Заявитель да

Kind  ja, \_\_\_\_\_  
ребенок да,

Ehegatte  ja  
Супруг Да

**4. Besteht eine Krankenversicherung im Ausland?**

4. Есть ли медицинская страховка за границей?

nein  
Нет

ja, Name und Anschrift der Krankenversicherung  
да, Название и адрес медицинской страховой компании

\_\_\_\_\_

**5. Besitzen Sie Bargeld oder Vermögenswerte ?**

5. Обладаете ли вы денежными средствами или финансовыми активами?

Antragsteller  ja  nein  
Заявитель да Нет

Art  
Тип

\_\_\_\_\_

Ehegatte  ja  nein  
Супруг Да Нет

Art  
Тип

\_\_\_\_\_

**6. Haben Sie ein Bankkonto?**

6. У вас есть банковский счет?

Ja  BLZ: \_\_\_\_\_  
да

Konto Nr.: \_\_\_\_\_  
Номер счета

Institut: \_\_\_\_\_  
ИНСТИТУТ

Nein   
Нет

Durch meine Unterschrift versichere ich, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach dem AsylbLG vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich spätestens 3 Tage nach Aufnahme der Arbeit anzeigen (§ 8a AsylbLG).

Своей подписью удостоверяю, что вышеизложенная информация соответствует действительности и ничего не утаил. Я понимаю, что меня могут привлечь к ответственности за предоставление заведомо ложной или неполной информации, и от меня могут потребовать возместить любую помощь, полученную ошибочно. Мне известно, что в запрашиваемом пособии может быть отказано (по крайней мере, на данный момент), если я откажусь предоставить информацию, и поэтому администрация социального обеспечения не может определить, соблюдены ли предпосылки для предоставления пособий в соответствии с AsylbLG (§ 66 Пункт 1 статьи 1 Социального кодекса I).

Настоящим подтверждаю, что меня проинформировали о том, что я должен немедленно и без всяких просьб информировать поставщика помощи о каких-либо изменениях в семье, доходах и финансовых обстоятельствах или о временном отсутствии по месту жительства.

Я сообщу о начале любой работы, включая случайную работу и т. д., не позднее, чем через 3 дня после начала работы (§ 8a AsylbLG).

---

Ort, Datum  
Место и дата

---

Unterschrift  
подпись